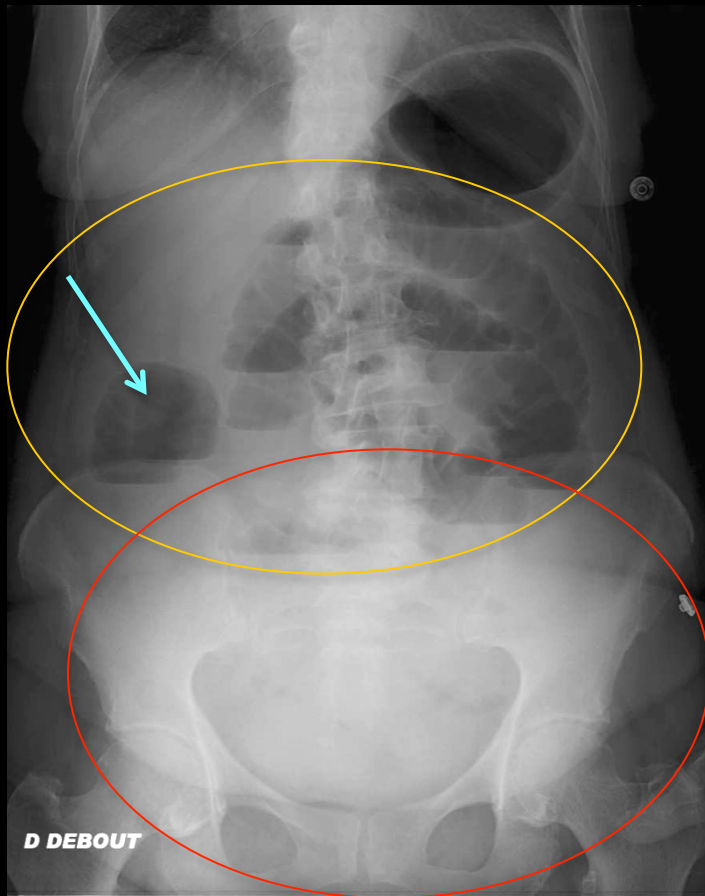


Patiente de 89 ans. Hospitalisée pour prise en charge d'hématémèses . FODG: œsophagite . Apparition de vomissements.

Quels éléments sémiologiques significatifs dans ce contexte, peut-on retenir sur les clichés suivants





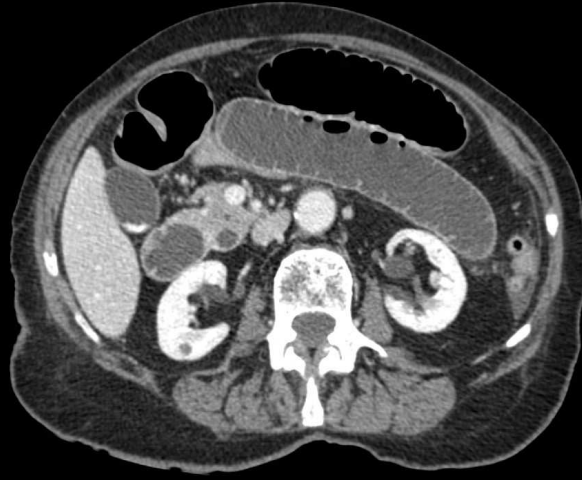
présence d'images hydro aériques plus larges que hautes , de localisation centrale ,avec valvules conniventes signant leur nature **jéjunale** .

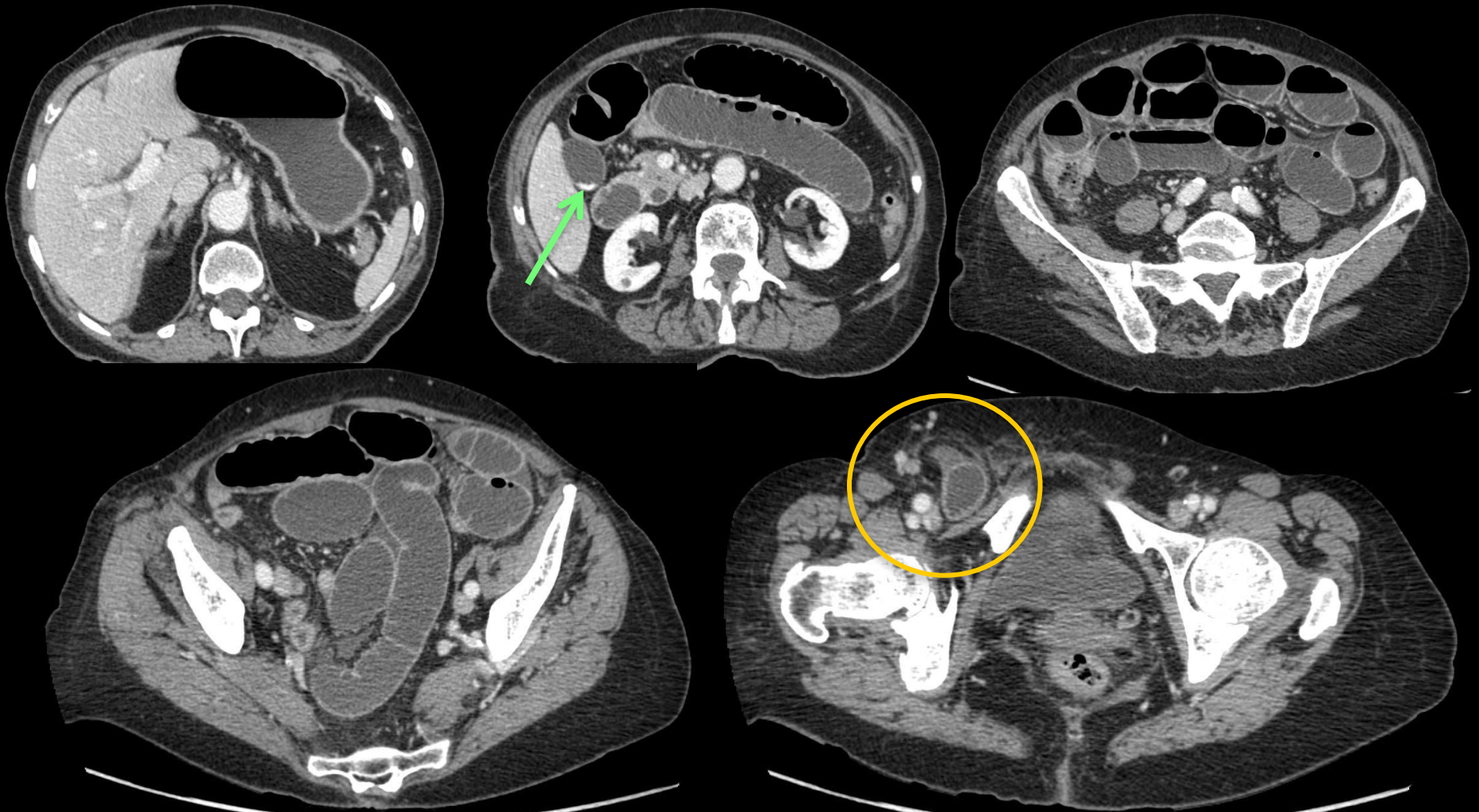
même l'image du flanc droit est de nature grêle , puisque la lumière distendue par le gaz est traversée par une structure en arceau, spiroïde (valvule connivente) , signant son siège iléal proximal

densité homogène accrue de toute la partie inférieure de l'abdomen qui doit faire évoquer la présence de liquide en grande quantité , soit dans les **anses grêles iléales** ,soit dans la cavité péritonéale (ascite)

**syndrome occlusif mécanique de haut grade : obstacle iléal distal**

Quels éléments sémiologiques significatifs peuvent être tirés des coupes scanographiques

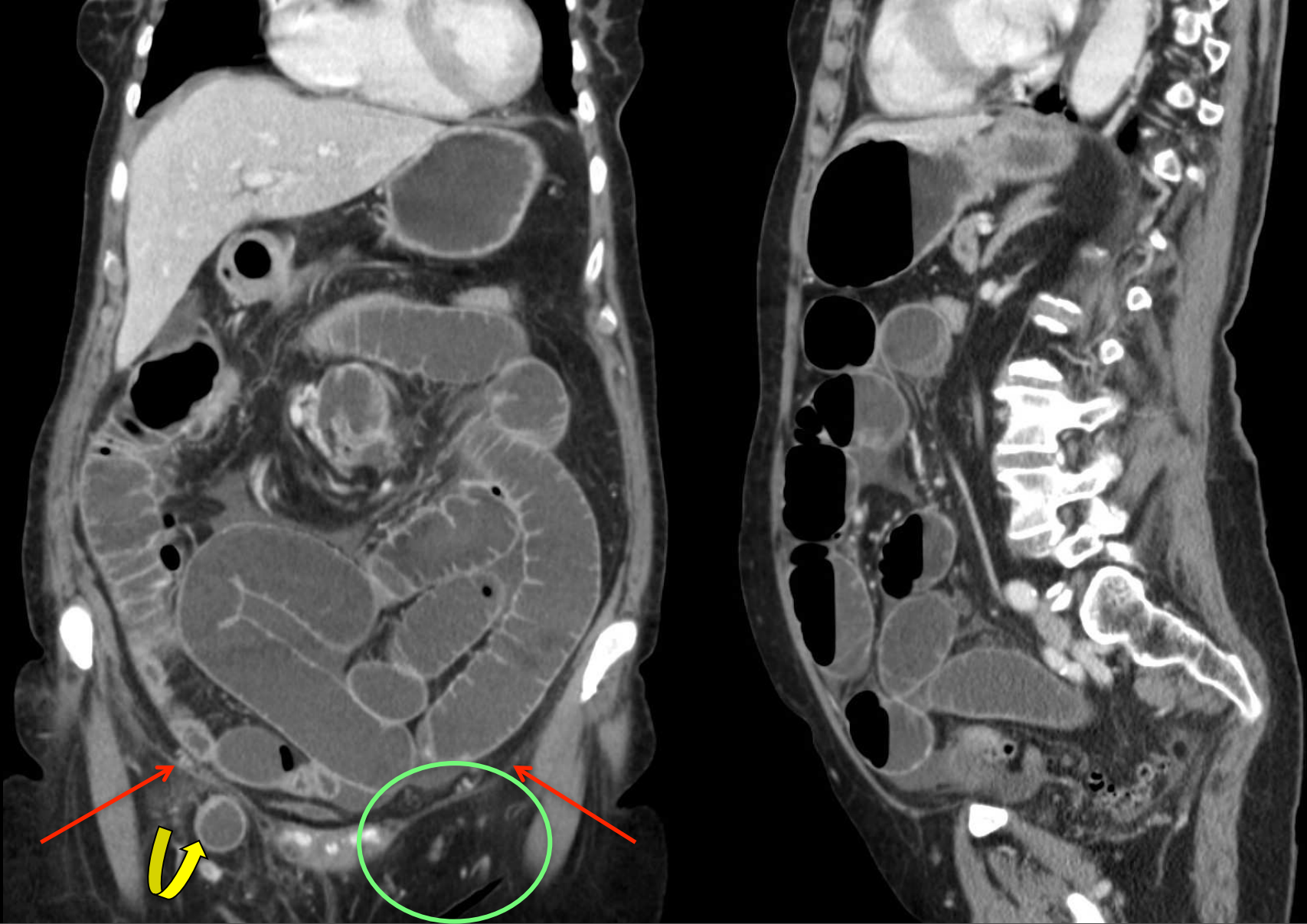




distension liquide majeure de tout le tractus digestif supérieur ; estomac , duodénum, jéjunum et iléon ; colon plat

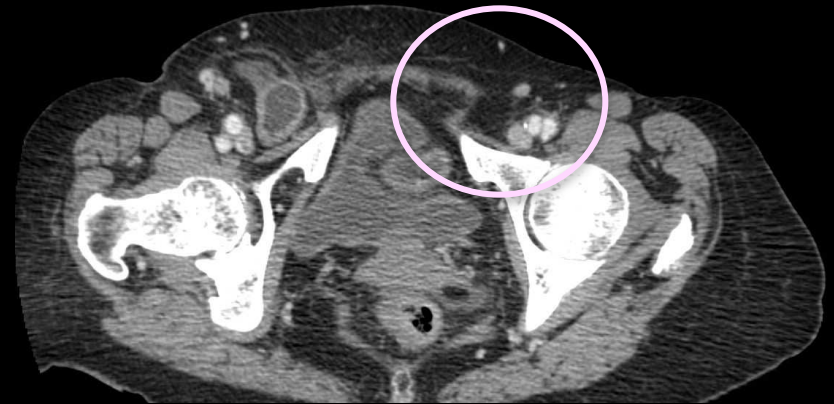
présence d'une anse grêle ectopique dans la région inguinale , située en avant du muscle pectiné et venant au contact du pédicule vasculaire fémoral

pour mémoire image dense déclive de la lumière de la vésicule biliaire : lithiase pigmentaire et / ou syndrome de la bile calcique



les reformations coronale et sagittale montrent clairement l'anse herniée sous le ligament inguinal de Poupard (autrefois arcade crurale) étendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis

notez que, du côté gauche, il y a également une masse graisseuse qui correspond à une hernie à contenu omental



**hernie fémorale droite étranglée** (notez l'effet de masse du collet herniaire sur la veine fémorale commune droite)

et **hernie fémorale gauche à contenu graisseux**, a priori de nature omentale (notez l'effet de masse sur le muscle pectiné gauche)

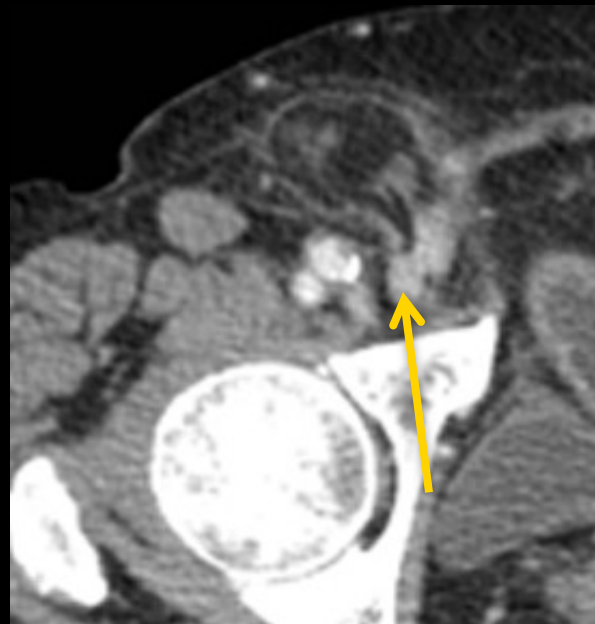
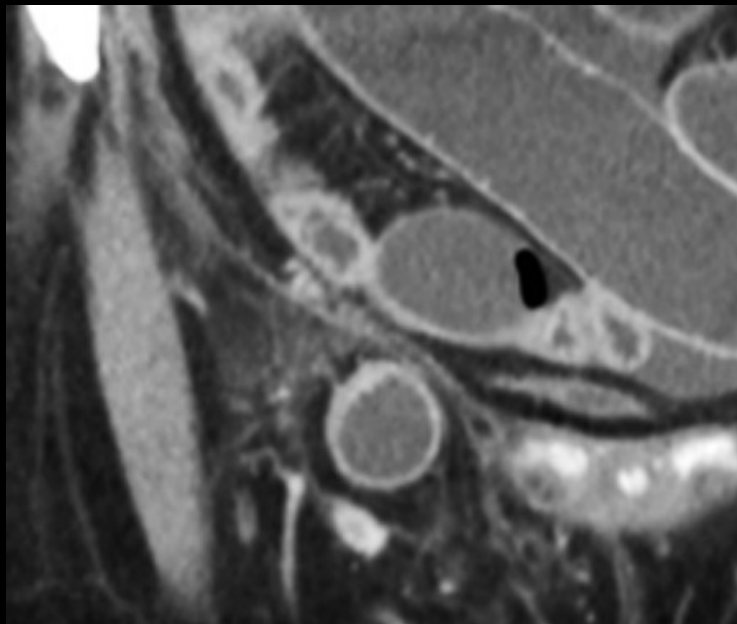
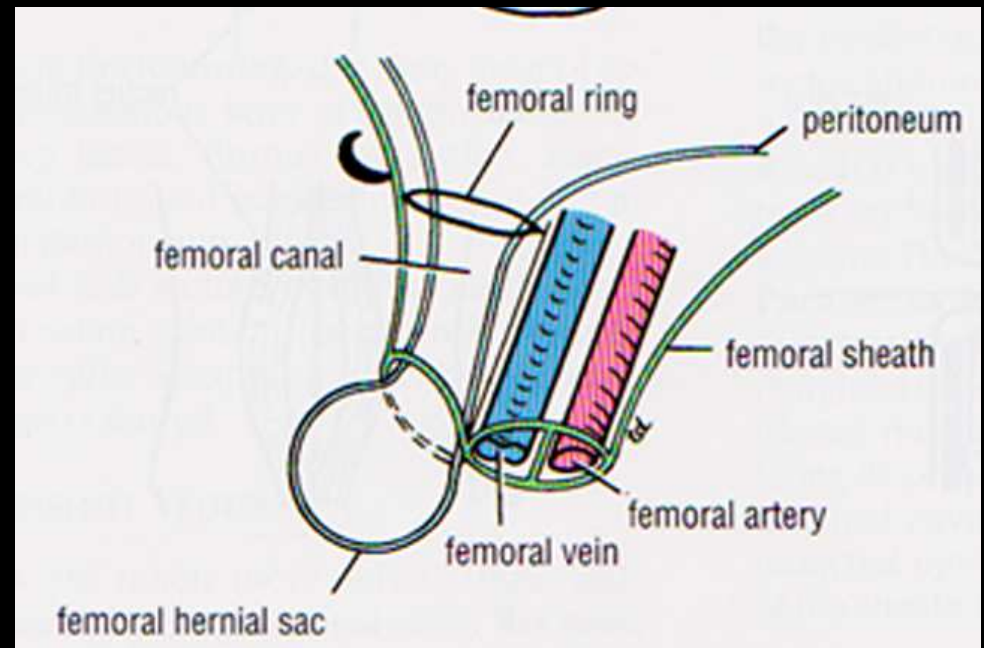
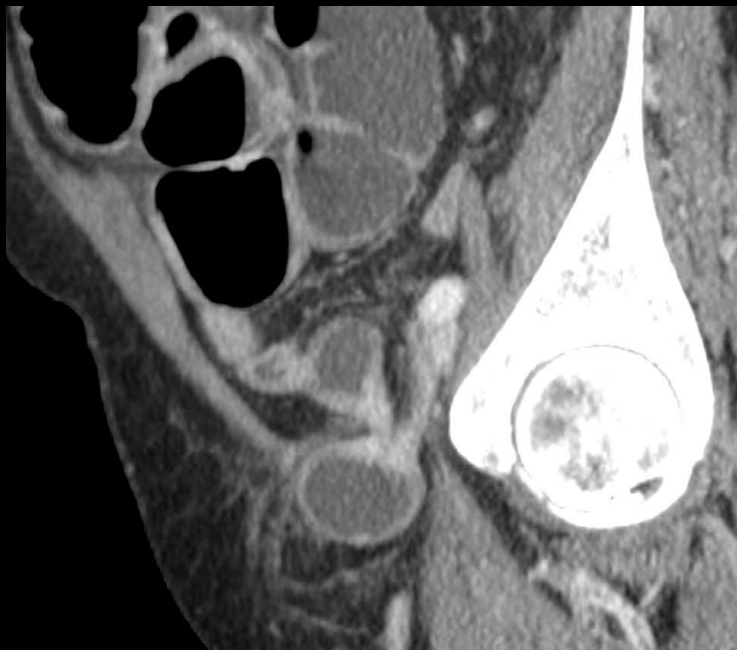


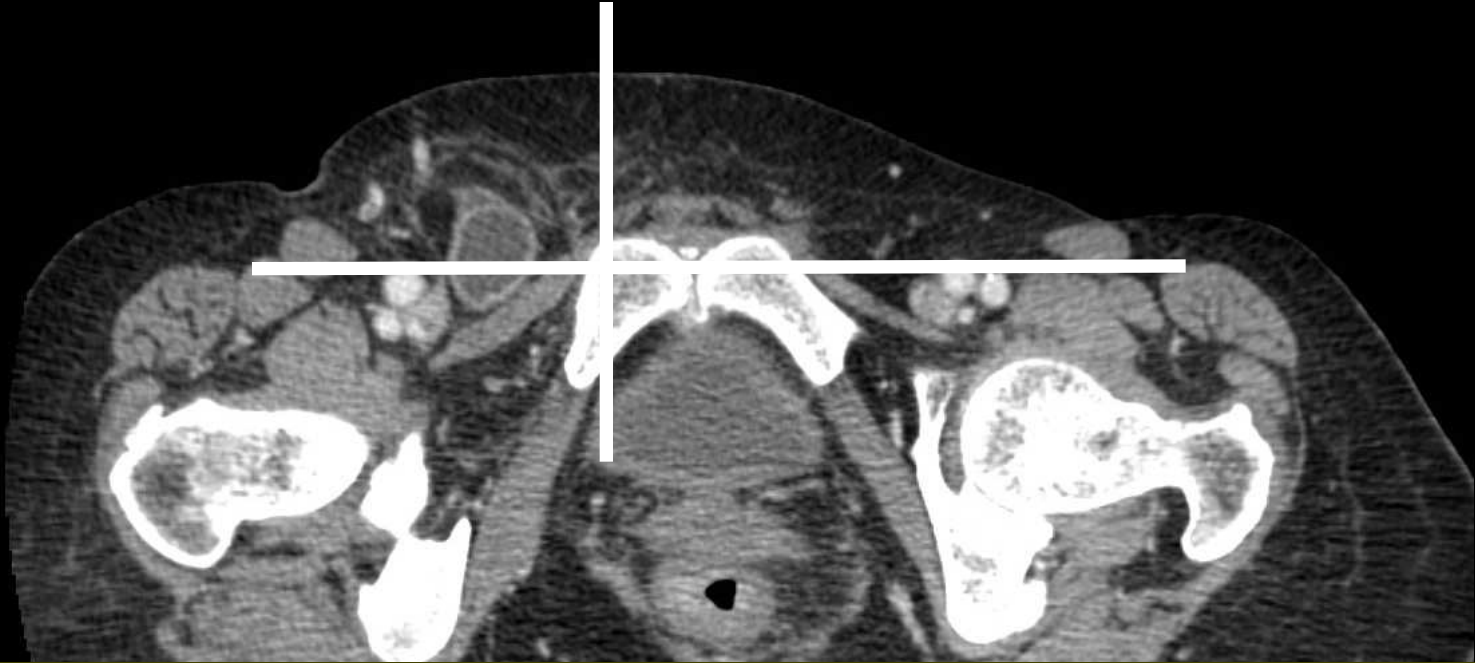
schéma de la compression de la veine fémorale commune par le collet d'une hernie fémorale

l'anneau de striction (crural) peut créer un sillon de nécrose ischémique imposant une courte résection segmentaire après réduction de l'anse herniée

la méthode des repères orthogonaux sur les coupes axiales a été publiée par Wechsler puis étudiée et validée par Delabrousse.

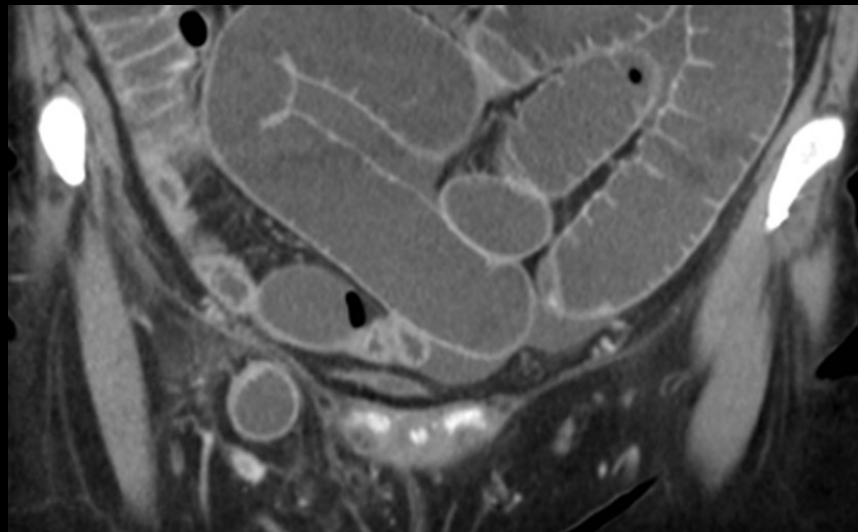
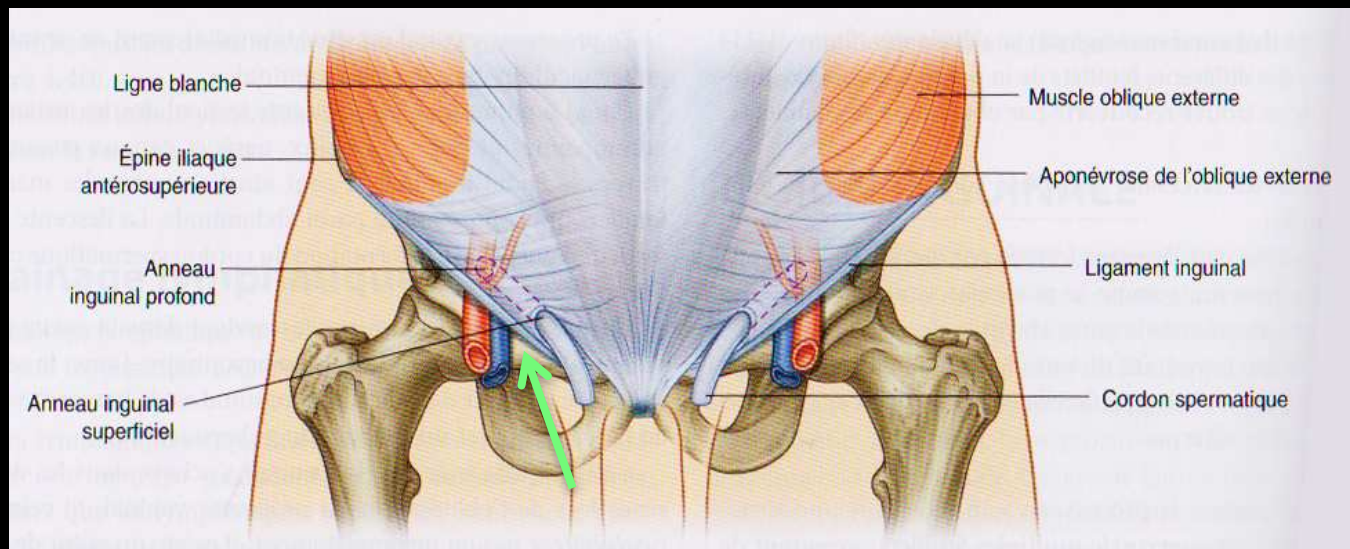
dans le cas présent , l'anse herniée chevauche la ligne horizontale bi-épineuse (passant par les bases d'implantation des épines pubiennes ....elle se situe en dehors de la ligne perpendiculaire passant par l'épine pubienne droite

ces repères orthogonaux ne sont donc pas exempts de critiques et il faut dans les cas douteux faire impérativement les reformations frontales qui s'imposent



les repères anatomiques classiques ou plus récents sont eux sans ambiguïtés:

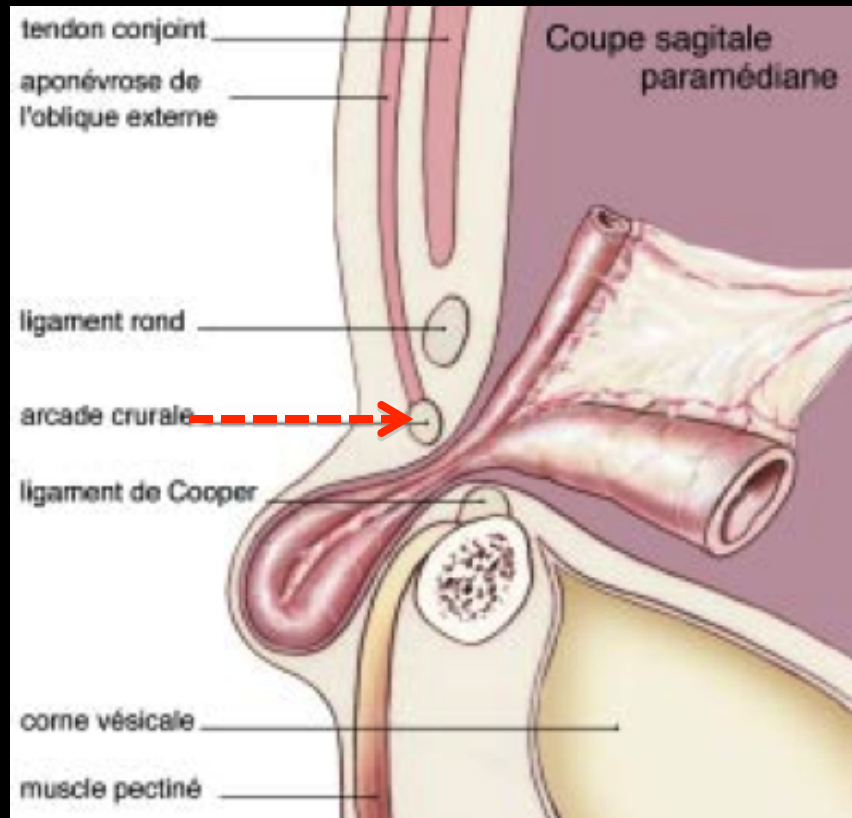
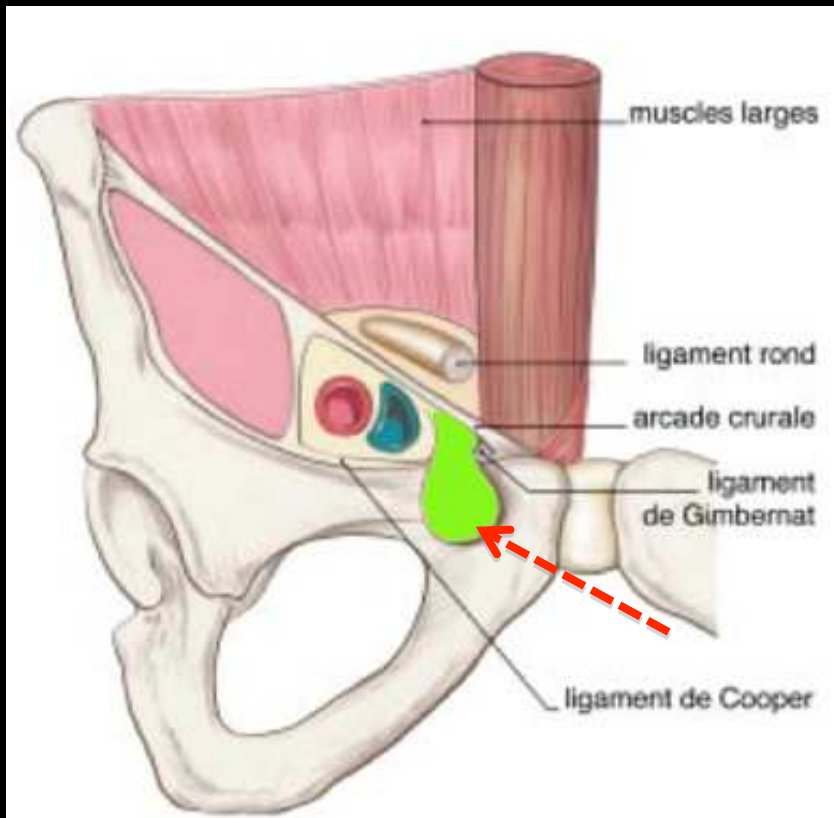
- anse exo-pelvienne en avant du muscle pectiné
- anse ectopique au contact du pédicule artério-veineux fémoral commun
- empreinte du collet sur la veine fémorale commune



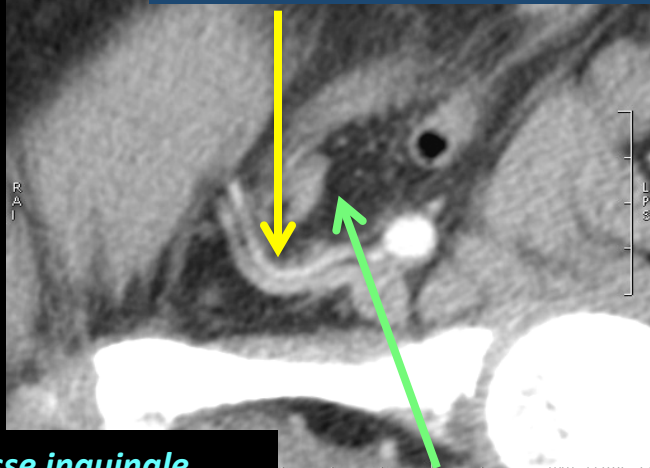
sur les reformations frontales , si la composante graisseuse est suffisante , le ligament inguinal est bien visible ; la situation de l'anse ectopique sous ce ligament inguinal est objectivée , sans ambiguïté ; même si le contenu herniaire est graisseux , omental , le diagnostic direct est précis , sans nécessité d'interprétation +/- subtile ...

## Hernies fémorales (crurales)

elles sont **10 fois moins fréquentes que les hernies inguinales**,  
mais **se compliquent 10 fois plus souvent d'étranglement**

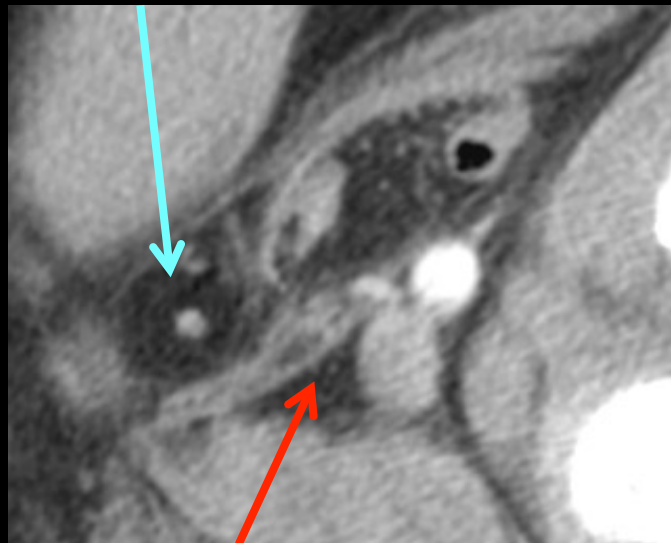


## artère épigastrique inférieure



fosse inguinale  
interne (hernies  
inguinales directes)

fosse inguinale externe (hernie  
inguinales indirectes)



siège des hernies fémorales

région inguinale gauche ; coupes coronales

Le scanner fournit maintenant des images détaillées de la région inguinale. Lorsque les **reformations multiplanaires** sont réalisées dans les plans coronal , sagittal et axial, **l'identification des repères anatomiques peut être obtenue dans 100 % des cas.**

Pour l'évaluation des hernies de l'aîne, l'examen physique est plus important en pratique clinique bien qu'il y ait quelques difficultés à distinguer hernie fémorale et hernie inguinale . Le scanner a récemment montré son utilité pour contribuer au diagnostic différentiel.

La mise en évidence d'une **compression de la veine fémorale par le sac herniaire** est habituelle dans les hernies fémorales.

De plus les relations entre le sac herniaire et le tubercule du pubis sur les images scanographiques représentent une autre **clé pour différencier hernies inguinales et hernies fémorales** :  
. si le sac herniaire se situe à côté et en arrière d'une ligne joignant les 2 tubercules pubiens , la probabilité d'une hernie fémorale est élevée.  
.si la hernie est en avant de cette ligne , elle est plus vraisemblablement une hernie inguinale oblique externe ou interne

*COULIER B. hernias of the greater omentum through the antero-superior abdominal wall : an extensive pictorial MDCT review with emphasis on typical anatomic landmarks . A pictorial essay . JBT-BTR 2012; 95 :191-214*

## la compression de la veine fémorale par le collet herniaire

→ compression de la veine fémorale avec réduction d' au moins 1 tiers de son diamètre: en faveur d' une **hernie crurale**



## messages à retenir

-les hernies fémorales (ou crurales) se rencontrent plus volontiers chez les femmes +++ , en surpoids, et du côté droit

- elles sont 10 fois moins fréquentes que les hernies inguinales

-mais sont à risque plus élevé ( 10 fois plus) de complications car :

. le collet herniaire est étroit et fibreux, inextensible ; seul un court segment d'intestin grêle est incarcerated ; parfois même seule une partie d'une anse est incarcerée (hernie avec pincement latéral ou hernie de Richter)

.la hernie fémorale peut passer inaperçue cliniquement)

-le diagnostic est orienté sur les coupes axiales scanographiques par la position de l'anse ectopique par rapport à la ligne bi-épineuse (passant par les bases d'implantation des épines pubiennes) et aux perpendiculaires au niveau des mêmes épines .

La situation de l'anse herniée par rapport au muscle pectiné et par rapport au pédicule fémoral commun ; l'empreinte sur le bord interne de la veine fémorale sont des repères beaucoup plus sûrs

Enfin les reformations coronales précisant la situation du collet par rapport au ligament inguinal de Poupard ou arcade crurale lèvent toute équivoque diagnostique .

